ЛЕКЦІЯ 4.
ОГЛЯД ПОСТРАЖДАЛОГО.

План лекції:

1. Огляд місця події.
2. Первинний, повторний та вторинний огляд постраждалого.
3. Збір інформації про постраждалого.
4. Особливості огляду постраждалого.

1. Огляд місця події.

При огляді місця події поліцейські мають дотримуватися тактичних принципів та заходів особистої безпеки:

- виконати візуальну оцінку місця події, оточення;
- забезпечити власну безпеку (фізичну/біологічну/юридичну), безпеку напарника та оточуючих;
- бути готовим вчасно реагувати на фактори загрози;
- встановити голосовий контакт (вербальна комунікація), провести оцінку стану свідомості постраждалого за шкалою AVPU (АГБІ), почати збір первинної інформації про стан постраждалого і обставини поранення/події;
- виконати безпечний підхід, проводити постійний контроль погляду/рук, перевірити наявність зброї, знаходитися у безпечній позиції при наданні допомоги.

Оцінка місця події: чи немає загрози (чи не може зашкодити рятувальникові те саме, що зашкодило постраждалому). Треба оцінити положення тіла, кінцівок постраждалого, одразу візуально оцінити характер пошкоджень, визначити наявність/ відсутність масивної (критичної) кровотечі.

Підходити рекомендовано з голови, пам’ятаючи про безпеку. Руки постраждалого мають бути в полі вашого зору. Ваша зброя повинна бути поза межами досяжності для постраждалого.

Можна використовувати наступний алгоритм дій:

- при наближенні до постраждалого оглянути місцевість навколо нього, щоб знайти можливі чинники небезпеки та визначити предмети, які можуть травмувати рятувальника;
- перевірити наявність зброї у постраждалого (при наявності – роззброїти);
- слідкувати за рухами постраждалого під час огляду;
- оцінити вигляд постраждалого (наявність видимих травм та ознак критичної кровотечі);

- підходити та нахилятися до постраждалого потрібно з боку голови, щоб бачити його обличчя та руки, і вчасно зреагувати на рухи чи на приховану зброю);
- при можливості – працювати на одному коліні: це дасть змогу зробити маневр у випадку небезпеки;
- використовувати засоби індивідуального захисту (маску, рукавички, окуляри тощо);
- зробити доповідь черговому, увімкнути портативний відеореєстратор (боді-камеру).

Поліцейський, який надає допомогу (рятувальник) повинен пам'ятати, що тактична ситуація (на місці події) досить швидко може змінитися. Завжди слід постійно оцінювати ризики, що існують, а також загрози життю та здоров'ю постраждалого через затримки евакуації.

Рятувальник починає комунікацію з постраждалим, визначає стан свідомості постраждалого за шкалою AVPU (АГБІ): перевіряє, чи він притомний, і чи реагує на голосовий контакт. Це можна зробити простими запитаннями:

«Що з вами трапилось?», «Вам потрібна допомога?».

A (alert) – А (активний) – притомний, може спілкуватися.

V (voice) – Г (голос) – не спілкується, але реагує на голосове подразнення: відкриває очі, повертає голову в бік звуку, починає рухатися, стогне тощо.

P (pain) – Б (біль) – реагує на больове подразнення: стогне, відкриває очі, починає рухатися, намагається уникнути подразнення, згинає або розгинає кінцівки.

Больове подразнення можна провести за допомогою *легкого струсу за плечі,* натискання великим та вказівним пальцем за виступаючу частину трапецієподібного м'язу (на надпліччі) або на місце між великим та вказівним пальцем на кісті постраждалого.

U (unresponsive) – І (інертний) – ніяк не реагує: непритомний.

2. Первинний, повторний та вторинний огляд постраждалого

Первинний огляд проводять рятувальники на місці події (у зоні непрямої загрози або евакуації) *для оцінки стану постраждалого на наявність загроз життю та визначення необхідного об'єму надання допомоги*.

Алгоритм обстеження та надання допомоги: контроль кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів, контроль наявності (є чи немає) та ефективності (частота, характер тощо) дихання, стан кровообігу (ознаки сильної крововтрати, внутрішніх кровотеч), запобігання переохолодженню. Усе вищеописане відповідає послідовності надання допомоги за алгоритмом, який описаний акронімами MARCHE або CABCD, та відповідає вимогам наказу МОЗ України від 16.06.2014 №398.

План первинного огляду за MARCHE:

- Крок M (Massive bleeding) – *пошук ознак масивної (критичної) кровотечі* з кінцівок \ шиї \ пахв \ паху. Допомога: прямий тиск на рану або на судини вище поранення, накладання джгута, тампонада порожнини рани; перевірка ефективності накладених джгутів.
- Крок A (Airways) – *забезпечення та контроль прохідності дихальних шляхів*: ревізія\чистка ротової порожнини, відкриття дихальних шляхів. Допомога: висування підборіддя або нижньої щелепи вгору, введення носоглоткового або ротоглоткового повітроводу.
- Крок R (Respiration) – *перевірка наявності та ефективності дихання*: підрахунок частоти дихання; пошук травм шиї та грудної клітини з усіх сторін (огляд та пальпація), стабілізація шиї (відповідно до наявних ресурсів). Допомога: при наявності дихання і відкритої травми грудної клітини – накладання оклюзійної пов'язки на рану; при відсутності дихання – проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР).
- Крок C (Circulation) – *забезпечення та контроль функції кровообігу*: перевірка накладених джгутів/пов'язок; пошук травм живота, тазу, паху, кінцівок (огляд та пальпація); накладання пов'язок на відкриті рани, проникаючі поранення; стабілізація кінцівок, хребта (відповідно до наявних ресурсів); додатково – проведення нігтьової проби, визначення пульсу.
- Крок H (Hyperthermia) – *боротьба з гіпотермією* (переохолодженням): використання термоковдри або покривала, додаткового одягу, щоб зігріти постраждалого.
- Крок E (Evacuation) – *підготовка до евакуації*: контроль життєво важливих функцій (свідомості, дихальних шляхів, дихання, кровообігу), повторний огляд (кожні 3-5 хв), надання допомоги відповідно до нових виявлених загроз, заповнення картки пораненого (при наявності).

Рекомендований час проведення первинного огляду 1,5-2 хв (за винятком часу надання допомоги відповідно до виявлених ушкоджень та поранень).

Повторний огляд – це огляд, за змістом аналогічний первинному, який повторюють кожні 3-5 хвилин (контроль дихання – кожну хвилину) до приїзду бригади ЕМД *для виключення погіршення стану постраждалого та можливості вчасно надати адекватну допомогу*, враховуючи можливості рятувальника та тактичну ситуацію

Вторинний огляд – проводиться *медичними працівниками* для більш детального визначення наявних травм і ушкоджень, для контролю стану постраждалого та ефективності лікування. Як правило його проводять під час перевезення постраждалого до лікувального закладу. Він включає

травмоогляд (з голови до п’ят), вимірювання кров’яного тиску, вміст глюкози в крові, насичення киснем крові, ЕКГ тощо. Відповідно до знахідок під час огляду, медики надають екстрену (невідкладну) медичну допомогу.

3. Збір інформації про постраждалих

У більшості випадків постраждалий буде у змозі щось розповісти, або родичі/свідки можуть надати інформацію. Ця інформація дуже важлива з огляду на подальше лікування. Її можна збирати за наступним мнемонічним алгоритмом:

SAMPLE (САЛОЇВ):

S – **С**имптоми, скарги постраждалого (біль, задишка, оніміння, поколювання тощо)

A – **А**лергії, що є в постраждалого

M – **Л**іки, які постійно приймає або приймав постраждалий напередодні (у тому числі наркотики)

P – **О**собливості здоров’я: чи є/були в постраждалого важкі, хронічні захворювання (серцеві, ниркові, легеневі, цукровий діабет, онкологія тощо), соціально небезпечні захворювання (туберкульоз, сифіліс, ВІЧ, гепатит тощо), медичні/хірургічні втручання або інші захворювання, що потребують постійного медичного супроводу.

L – **Ї**жа, яку останній раз вживав постраждалий (що, коли, у тому числі алкоголь)

E – **В**ипадок або ситуація, що могла бути причиною або сприяти ушкодженню (наприклад, пірнання, переохолодження, вплив небезпечних речовин тощо).

Крім того, при передачі постраждалого медикам, слід надати наступну інформацію за мнемонічним алгоритмом:

MIST-рапорт **–** це структурований алгоритм передачі інформації про постраждалого медикам бригади ЕМД.

M – механізм травми, тобто **причина**, внаслідок чого отримана травма (ДТП, вогнепальне, бійка тощо).

I – інформація щодо поранення, **опис травми/рани** (відкрита, закрита, рвана, проникаюча, скрізна тощо; яка частина тіла поранена).

S – **стан постраждалого** (свідомість, дихання, пульс; якщо виміряли декілька разів, вказати час кожного вимірювання (по можливості))

T – **допомога,** що надана (накладання джгута та час накладання, пристрої для підтримки дихальних шляхів, пов’язки, шини, ліки тощо).

4. Особливості огляду постраждалого

Якщо в звичайній штатній ситуації робота з постраждалим починається з огляду, то при всіх травматичних випадках увага рятувальників обернена лише

на пріоритет зупинки масивних (критичних) кровотеч з кінцівок, шиї, пахв, паху.

Масивна кровотеча – це кровотеча, від якої постраждалий може померти в лічені хвилини. *Це той стан, який вбиває найшвидше*.

Ще в момент підходу до постраждалого слід звертати увагу на наявність критичної кровотечі з кінцівок, пахв, паху та шиї.

Треба пам’ятати про фізичну особисту безпеку при наданні допомоги: зброя має бути недосяжною для потенціального злочинця або постраждалого у стані психозу чи бойового стресу. Усі маніпуляції робимо лежачі (самодопомога) чи присідаючи на одне коліно (взаємодопомога).

Стабільне положення на боці (стабільне бокове положення, СБП).

Стабільне бокове положення — положення постраждалого на боку, за якого дихальні шляхи у нього залишаються відкритими, навіть якщо постраждалий без свідомості.

Переводити постраждалого в стабільне положення на боці слід у випадку коли в нього відсутні травми, він непритомний та дихає. Виключення – травма грудної клітки із ознаками розвитку напруженого пневмотораксу.

При закритих травмах кінцівок, травмі голови *без ознак ушкодження основи черепа* переводити постраждалого в СБП умовно допускається, але за можливості слід контролювати прохідність дихальних шляхів іншими засобами: підтримання нижньої щелепи за допомогою рук, введення носоглоткового або ротоглоткового повітроводу.

Вкрай не рекомендовано переводити постраждалого в СБП при травмах (або підозрі на травму чи ушкодження) ключиць, шиї, хребта, тазу.

Ці травми можна запідозрити (навіть при відсутності ознак при огляді) якщо причиною травми було:

Вимірювання пульсу є додатковою можливістю оцінити стан постраждалого, але існують певні ризики хибного визначення пульсу, які пов’язані з недостатніми вміннями і навичками рятувальника та обставинами на місці події: не правильно вибране місце визначення, хибний підрахунок, помилкове визначення пульсу *рятувальника* замість пульсу постраждалого (коли вимірюють пульс великим пальцем замість), переохолодження постраждалого або рятувальника тощо. Тому вимірювання пульсу в постраждалого є *додатковим* методом контролю його стану. Сама відсутність пульсу при вимірюванні не є ознакою смерті – обов’язково мають бути інші ознаки, в першу чергу відсутність свідомості та дихання.